



County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods and diverse communities of Fairfax County

Las siguientes preguntas y respuestas han sido creadas para que el Programa “Llame y Transpórtese” FASTRAN (DAR) del Condado de Fairfax se comprenda fácilmente.

¿CÓMO SER ELEGIBLE?

Para ser elegible, el solicitante debe ser residente del Condado de Fairfax y sus ingresos no pueden ser mayores a los indicados a continuación:

No. DE MIEMBROS

EN LA FAMILIA	INGRESOS MENSUALES	INGRESOS ANUALES
1	\$1,837.50	\$ 22,050
2	2,475.00	29,700
3	3,112.50	37,350
4	3,750.00	45,000
5	4,387.50	52,650
6	5,025.00	60,300

Nota: Estas cantidades se basan en 225% de Las Guías Federales de Pobreza estadounidenses.

¿CUÁLES SON LOS FORMULARIOS VÁLIDOS DE VERIFICACIÓN DE INGRESO?

No es necesario que los solicitantes presenten verificaciones de ingreso si dicho solicitante recibe servicios de alguna de las siguientes agencias (éstas pueden verificar sus ingresos.)

- si es miembro del Departamento de Servicios para la Familia, del Departamento de Salud o del Desarrollo de Vivienda y Comunidad O
- si vive en una unidad habitacional subsidiada federalmente y su renta se basa en sus ingresos.

Los solicitantes a los que las agencias antes mencionadas no pueden verificar sus ingresos deberán presentar su documentación. Los formularios válidos de la documentación son (pueden ser copias):

- carta de indemnización de la Administración del Seguro Social
- Certificado de desempleo o de Indemnización para el Trabajador
- contrato en el que se especifique la cantidad de la pensión alimenticia o pensión infantil
- declaración del subsidio mensual de pensión
- carta del patrón (en papel membretado) en la que se especifique su sueldo o los recibos de pago más recientes
- Estado de cuenta en que se especifiquen los intereses mensuales de sus inversiones
- Estado de cuenta en el que aparezcan los depósitos automáticos de cheques del Seguro Social, cheques de Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI, por sus siglas en inglés) y/o de las aportaciones de jubilación.

Department of Community and Recreation Services
12011 Government Center Parkway, 10th Floor
Fairfax, Virginia 22035
703-324-4FUN (4386), TTY 703-222-9693, FAX 703-222-9792
www.fairfaxcounty.gov/rec



El ingreso de los padres no se toma en cuenta cuando se determina la elegibilidad de un adulto joven (mayor de 18 años) que todavía vive en casa de sus padres. También, la elegibilidad para personas de la tercera edad que viven con un niño se determina únicamente por el ingreso del solicitante.

Ejemplo A: En el caso de una familia de tres miembros (dos adultos y un joven de 18 años), los ingresos de los dos adultos no se consideran para determinar la elegibilidad del joven.

Ejemplo B: En el caso de una pareja de la tercera edad que vive con sus hijos adultos, los ingresos de sus hijos no se consideran para determinar la elegibilidad.

¿CÓMO SABRÉ SI SE HA RECIBIDO MI SOLICITUD?

Se le enviará una notificación en la que aparecerá:

- si se ha aceptado su solicitud y si se le ha certificado para gozar de los servicios del programa “Llame y Transpórtese” FASTRAN O
- si la solicitud está incompleta y qué información se necesita para completarla.

¿QUÉ EDAD DEBERÁN TENER LOS NIÑOS PARA VIAJAR SOLOS EN FASTRAN?

Los niños menores de 12 años deberán ir acompañados por un adulto.

TUVE UN BEBÉ RECIENTEMENTE. ¿NECESITO INSCRIBIRLO EN FASTRAN?

Todos los pasajeros de FASTRAN deberán inscribirse a excepción de los acompañantes. Llame al Servicio de Clientes de FASTRAN al 222-9764 para inscribir a su bebé. Su bebé deberá utilizar un asiento adecuado para automóvil. FASTRAN tiene disponible un número limitado de asientos para automóvil, debe solicitar uno para cuando reserve su viaje.

¿A DÓNDE ME TRANSPORTARÁ FASTRAN?

Para citas médicas FASTRAN puede transportarle a centros que se encuentran dentro del Condado de Fairfax y a algunos sitios seleccionados del Condado de Arlington y de la Ciudad de Alexandria. Los viajes con cualquier otro propósito se limitan al Condado de Fairfax.

¿FASTRAN PUEDE TRANSPORTARME SI USO UNA SILLA DE RUEDAS?

Los vehículos del programa “Llame y Transpórtese” FASTRAN tienen servicio de elevador para los pacientes en silla de ruedas. Los escalones en el interior de los vehículos de FASTRAN han sido diseñados específicamente para dar servicio a minusválidos. Los elevadores y las cintas de sujeción se ajustan a los modelos más comunes de sillas de ruedas. Cuando se trate de personas en sillas de ruedas motorizadas, se suministrarán sillas de ruedas plegables, en caso de ser solicitadas. Si esto sucede, se le transferirá a una silla de ruedas plegable y su silla de ruedas motorizada se cargará en el autobús y será transportada.

¿PUEDO USAR FASTRAN PARA TRANSPORTARME A LA ESCUELA O AL TRABAJO (O VICEVERSA)?

FASTRAN no ofrece servicio de transporte a la escuela o al trabajo.

¿CUÁLES SON LOS HORARIOS FASTRAN “Llame y Transpórtese”?

El horario es de lunes a viernes, de 10:00 a.m. a 2:00 p.m. No se da servicio los fines de semana o en los días feriados del Condado de Fairfax.

NECESITO LLEVAR A UN ACOMPAÑANTE AL VIAJAR. ¿SE DEBERÁ TAMBIÉN INSCRIBIRSE EN FASTRAN PARA VIAJAR EN EL VEHÍCULO?

No. Un acompañante no necesita registrarse.

SI FASTERAN NO DA SERVICIO ANTES DE LAS 10:00 A.M., ¿POR QUÉ HE VISTO QUE FASTERAN RECOGE A ALGUNAS PERSONAS MUCHO ANTES DE LAS 10:00 A.M.?

Hay otros programas de agencias del condado que utilizan vehículos FASTERAN además del programa “Llame y Transpórtese”. Entre ellos están la Agencia Regional para la Vejez y el Concejo de Servicios a la Comunidad. Para obtener más información respecto a otros programas que utilizan vehículos FASTERAN, llame al Servicio de Clientes FASTERAN al 222-9764, extensión 3.

Si usted padece de una enfermedad que le impida usar el servicio Metro/Connector, usted también puede ser elegible para recibir el servicio Metro Access. Para obtener más información llame a Metro Access al (301) 588-8181.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA “LLAME Y TRANSPÓRTESE” FASTERAN

Departamento de Servicios de la Comunidad y Recreación

División FASTERAN

12011 Government Center Parkway, Suite 1040

Fairfax, Virginia 22035-1115

(703) 222-9764, TDD: (703) 324-7079

FAX: 803-8150 803-8166



Fairfax County is committed to a policy of nondiscrimination in all county programs, services and activities and will provide reasonable accommodations upon request. To request special accommodations call 703-324-4386, TTY 703-222-9693. Please allow ten working days in advance of the event in order to make the necessary arrangements.



A Fairfax County, Va., publication
June 2006

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____
DEL SOLICITANTE

FECHA _____
(Para uso oficial)

NOTA: CADA SOLICITANTE DEBE LLENAR UNA SOLICITUD

NOMBRE _____ NO SEG. SOC. _____

NO. DE TELÉFONO() _____ () _____

DOMICILIO _____ Casa _____ Trabajo _____
C. P. _____

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAMAR A _____

TELÉFONO EN EL QUE SE LOCALIZA DURANTE EL DÍA _____

SEXO M F FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____

NÚMERO DE MIEMBROS EN LA FAMILIA _____ (incluyendo al solicitante)

¿NECESITA QUE ALGUIEN LE ACOMPAÑE CUANDO VIAJE EN UN VEHÍCULO
FASTRAN? SÍ NO

¿USA SILLA DE RUEDAS CUANDO VIAJA? SÍ NO

¿SUS INGRESOS SE TOMARON COMO BASE PARA DETERMINAR SU RENTA? SÍ NO

¿ES USTED MIEMBRO DEL:

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA SÍ NO

DEPARTAMENTO DE SALUD SÍ NO

DESARROLLO DE VIVIENDA Y COMUNIDAD SÍ NO

En caso afirmativo, proporcione el nombre del empleado _____

Agencia _____ No. de Teléfono _____

¿ES USTED MIEMBRO DE MEDICAID? EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE SU NO. MEDICAID

¿ESTÁ USTED INTERESADO EN RECIBIR INFORMACIÓN RESPECTO A OTROS PROGRAMAS
PARA LOS CUALES PUDIERA USTED SER ELEGIBLE? SÍ NO

INGRESOS

POR FAVOR, INDIQUE LA FUENTE Y CANTIDAD DE SUS INGRESOS MENSUALES:

FUENTE DE SUS INGRESOS	CANTIDAD MENSUAL
ADC (Ayuda a Niños Dependientes)	_____
Asistencia Pública (GR, por sus siglas en inglés)	_____
Asistencia a Refugiados	_____
Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI)	_____
Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	_____
Indemnización del Seguro Social (SSA)	_____
Jubilación/Ingresos de pensión	_____
Indemnización del trabajador	_____
Indemnización por desempleo	_____
Pensión infantil	_____
Pensión alimenticia	_____
Intereses mensuales de inversiones	_____
Empleo	_____
Si usted es empleado, proporcione el nombre de su patrón _____	
Otras _____	_____

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información que aparece arriba es auténtica y verdadera. Además es de mi conocimiento que mi firma en esta solicitud autoriza a la División de Transportación del Departamento de Servicios de la Comunidad y Recreación a ponerse en contacto con agencias con la finalidad de determinar la elegibilidad para el Programa “Llame y Transpórtese” de FASTRAN.

Firma del solicitante

Fecha

(Para uso oficial) Fecha de recepción: _____

Fecha de entrega: _____ Elegible: SÍ NO _____

Cliente notificado: _____ No. de identificación: _____